

**טופס הצטרפות לתכנית ביטוח הרפואי הקבוצתי של עובדי הסגל האקדמי**

**הבכיר**

**של אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם**

ילדים מעל גיל 21 ובני משפחותיהם

אני החתום/ה מטה, הנני ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 21) של עובד/ת בסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה, מבקש/ת בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף ולצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים עד גיל 21) לביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי אוניברסיטת חיפה, עפ"י התנאים שבהסכם. ידוע לי כי הפרמיה תשולם באמצעי גביה אישי המצ"ב לטופס זה.

**1. פרטי העובד/ת באוניברסיטה**

שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות (כולל ס"ב)

**2. התכנית המבוקשת** נא לסמן ב-V את האפשרות המבוקשת:  
ילד/ה בוגר/ת בני משפחה (בן/בת זוג וילדים)

מבקש/ת להצטרף לביטוח הבסיסי "בריאות חובה", עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבורי את רובד הרשות - הרחבה 1 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי לביטוח הבסיסי "בריאות חובה", עפ"י התנאים שבהסכם.	מבקש/ת לרכוש עבור בני משפחתי את רובד הרשות - הרחבה 1 של תכנית הביטוח, עפ"י התנאים שבהסכם.

**3. פרטי המועמדים לביטוח**

מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/נ)

מיקוד

יישוב

מספר בית

רחוב

כתובת

טלפון נייד

טלפון בעבודה

טלפון בבית

פרטים נוספים  
עובד/ת שם קופת החולים סניף שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:  
בן/בת זוג שם קופת החולים סניף שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:  
ילדים



															להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת	
															7	ליקוי בריאותי הקשור לכבד, ריאות, כליות
															8	פגיעה בעמוד שידרה (חוליות עמוד שדרה, פריצת דיסק)
															9	מחלת פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון מערכת עצבים, ניוון רשתית, עיוורון, טרשת נפוצה, אלצהיימר, דמנציה או תהליך דמנטי
															10	פוליו, מום/מחלה מולדים, נכות שנקבעה בשיעור 75% ומעלה
															11	סכרת תלויה באינסולין

### 6. ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה עובדיה וכל מי מטעמה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית זו כלפי "מבקש" ו/או יועץ הביטוח ומוותר על סודיות זו כלפי "מבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

### 7. חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות מולאה בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר/ת כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות.

**במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18.**

חתימה	שם	מס' ת.ז.	תאריך
ילד/ה בוגר/ת:	_____	_____	_____
בן/בת זוג:	_____	_____	_____
ילד מעל גיל 18:	_____	_____	_____
ילד מעל גיל 18:	_____	_____	_____

### אמצעי תשלום

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת.ז. המבוטח \_\_\_\_\_

הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד:  ויזה  ישראל  דינרס  אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

תוקף		מס' כרטיס																		
שנה	חודש																			
						-						-								

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהן.

הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה.

סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסות/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

\_\_\_\_\_  
חתימת בעל הכרטיס

\_\_\_\_\_  
תאריך